

益气活血化痰汤对稳定型冠心病患者生活质量的影响

冯汉财¹, 岑永豪¹, 宋林秀¹, 潘林平¹, 邓育¹, 潘霭青¹, 林仕东¹, 丁邦晗²

1. 广州市越秀区中医医院内科, 广东 广州 510030; 2. 广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察益气活血化痰汤治疗稳定型冠心病的临床疗效, 及对患者生活质量的影响。方法: 将120例符合纳入标准的稳定型冠心病患者按随机数字表法分成对照组和观察组各60例。对照组予稳定型冠心病规范化治疗, 包括抗血小板聚集、他汀类、硝酸酯类、 β 受体阻滞剂等药物; 观察组在对照组西医规范化治疗的基础上给予益气活血化痰汤治疗。分别于治疗前及治疗6周后观察2组中医证候积分、健康调查量表(SF-36)评分、西雅图心绞痛量表(SAQ)评分、心电图, 以及甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平的变化。结果: 最终纳入统计, 对照组57例, 观察组58例。治疗后, 2组中医证候积分、硝酸甘油使用标准积分均较治疗前降低, 观察组中医证候积分、硝酸甘油使用标准积分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 2组SF-36评分、SAQ各项评分均较治疗前升高, 且观察组SF-36评分、SAQ各项评分均高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后, 2组TG、TC及LDL-C水平均较治疗前降低, 且观察组TG、TC及LDL-C水平均低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后, 2组HDL-C水平分别与治疗前比较, 2组间比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 心电图ST-T总改善率观察组77.6% (45/58), 对照组28.1% (16/57), 2组比较, 差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗后, 临床疗效总有效率观察组94.8% (55/58), 对照组71.9% (41/57), 差异有统计学意义($P<0.05$)。2组主要心血管不良事件发生率比较, $\chi^2=4.950$, $P=0.026$, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论: 益气活血化痰汤联合西医常规治疗能明显降低中医证候积分、提高SF-36评分及SAQ评分, 调节血脂水平, 从而改善稳定型冠心病患者生活质量, 减少不良心血管事件发生率。

[关键词] 稳定型冠心病; 益气活血化痰汤; 高密度脂蛋白胆固醇; 低密度脂蛋白胆固醇; 西雅图心绞痛量表; 生活质量

[中图分类号] R259; R541.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 08-0055-07
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.08.009

Effect of Yiqi Huoxue Huatan Decoction on Quality of Life in Patients with Stable Coronary Artery Disease

FENG Hancal¹, CEN Yonghao¹, SONG Linxiu¹, PAN Linping¹,
DENG Yu¹, PAN Aiqing¹, LIN Shidong¹, DING Banghan²

1. Department of Internal Medicine, Chinese Medical Hospital of Yuexiu District, Guangzhou Guangdong 510030, China; 2. Guangdong Provincial Hospital of Chinese Medicine, Guangzhou Guangdong 510120, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical efficacy of Yiqi Huoxue Huatan Decoction in treating stable coronary artery disease (CAD) and its impact on patients' quality of life. **Methods:** A total of 120 patients with stable CAD meeting the inclusion criteria were randomly divided into a control group and an observation group using the random number table method, with 60 cases in each group. The control group received standardized treatment for stable

[收稿日期] 2025-02-08

[修回日期] 2026-03-04

[基金项目] 广东省中医药局科研项目 (20232136); 广州市第四批优秀中医临床人才研修项目

[作者简介] 冯汉财 (1983-), 男, 医学硕士, 副主任中医师。

[通信作者] 丁邦晗 (1970-), 男, 教授, 博士研究生导师。

CAD, including antiplatelet aggregation drugs, statins, nitrates, β -blockers, and other medications. The observation group received Yiqi Huoxue Huatan Decoction in addition to the standardized western medical treatment of the control group. Changes in traditional Chinese medicine syndrome scores, 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) scores, Seattle Angina Questionnaire (SAQ) scores, electrocardiogram (ECG) indices, triglyceride (TG), total cholesterol (TC), high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), and low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) levels were observed before and after six weeks of treatment. **Results:** Finally, 57 cases in the control group and 58 cases in the observation group were included for statistical analysis. After treatment, traditional Chinese medicine syndrome scores and nitroglycerin use frequency scores decreased in both groups compared to before treatment, with lower scores in the observation group than in the control group, showing significant differences ($P < 0.05$). SF-36 scores and SAQ subscale scores increased in both groups compared to before treatment, with higher scores in the observation group than in the control group, showing significant differences ($P < 0.05$). After treatment, TG, TC, and LDL-C levels decreased in both groups compared to before treatment, with lower levels in the observation group than in the control group, showing significant differences ($P < 0.05$). No significant differences were found in HDL-C levels between the two groups before and after treatment, or between the two groups after treatment ($P > 0.05$). After treatment, the total improvement rate of ST-T segment on ECG was 77.6% (45/58) in the observation group and 28.1% (16/57) in the control group, showing a significant difference ($P < 0.01$). After treatment, the total clinical efficacy rate was 94.8% (55/58) in the observation group and 71.9% (41/57) in the control group, showing a significant difference ($P < 0.05$). The incidence of major adverse cardiovascular events was significantly different between the two groups ($\chi^2=4.950$, $P=0.026$, $P < 0.05$). **Conclusion:** Yiqi Huoxue Huatan Decoction combined with conventional western medical treatment can significantly reduce traditional Chinese medicine syndrome scores, improve SF-36 and SAQ scores, regulate lipid levels, thereby improving the quality of life in patients with stable CAD and reducing the incidence of adverse cardiovascular events.

Keywords: Stable coronary artery disease; Yiqi Huoxue Huatan Decoction; High-density lipoprotein cholesterol; Low-density lipoprotein cholesterol; Seattle Angina Questionnaire; Quality of life

稳定型冠心病以胸痛、胸闷、心悸气短为主要特征,严重影响患者的生活质量及预后。丁邦晗教授从事中西医结合心血管疾病临床与科研工作30余年,研究发现,气虚、痰浊、血瘀是冠心病的主要病机^[1-4],研究也证实,血瘀、气虚、痰浊与胸痹心痛患者的血脂异常、心电图ST段下移密切相关,提示血脂异常、心电图改变是胸痹心痛辨证的客观化的重要指标^[5-6]。丁邦晗教授基于“心脾相关”理论,认为脾胃与心在经络、五行、气化、气机升降等方面都密切相关,采用从心、脾论治的方法,创制益气活血化痰汤,通过益气活血化痰法调节血脂水平,改善患者冠脉血供,使冠心病心绞痛患者获得较好临床疗效。笔者跟随丁邦晗教授学习,在临床上应用益气活血化痰汤治疗稳定型冠心病气虚痰瘀互结

型患者,观察其临床疗效及安全性,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《稳定性冠心病基层诊疗指南(2020年)》^[7],稳定型冠心病的诊断需满足以下条件:①临床症状表现为胸痛或胸闷不适,常由劳累、饱餐后、情绪激动或天气变冷时诱发,持续时间为数分钟至10余分钟;②辅助检查心电图或运动平板试验提示ST-T改变(ST段水平型或下斜型压低 ≥ 0.1 mV, T波低平或倒置);③冠状动脉CT血管造影(CTA)或冠状动脉造影可见至少1支血管狭窄 $> 50\%$ 。

1.2 辨证标准 根据《稳定型冠心病中医诊疗指南》^[8]胸痹心痛的诊断标准,辨证为气虚痰瘀互结证。主症:胸闷或胸痛,且劳累后加重,痛处固定

不移；次症：心悸、气短、自汗、痰多、体胖、面色紫暗、疲倦乏力等；舌脉特征：舌紫暗、苔厚腻，脉细涩。诊断需满足主症至少1项合并次症(心悸、气短、自汗、痰多、疲倦乏力、面色紫暗)2项或以上。

1.3 纳入标准 符合稳定型冠心病诊断标准，辨证属气虚痰瘀互结证；年龄45~85岁，男女不限；签署知情同意书。

1.4 排除标准 胸痛由其他原因引发(如急性冠脉综合征、主动脉夹层、肺梗塞、气胸、胃食管反流病及重度神经官能症等)；合并严重器官功能衰竭(心、肺、肝、肾)、恶性肿瘤及精神疾病。

1.5 剔除标准 入选后发现不符合纳入标准或符合排除标准的误纳入病例；未按干预方案用药。

1.6 脱落标准 依个人意愿提前终止既定诊疗方案；无任何治疗后访谈问卷、心电图及血脂等资料。

1.7 一般资料 观察对象为2023年1月—2024年6月在广州市越秀区中医医院诊治的内科患者。将符

合纳入标准的120例患者根据随机数字表法按照1:1分成对照组与观察组各60例。观察组脱落1例(失访)，剔除1例(误纳入)；对照组脱落3例(2例失访，1例自行退出)。最终完成临床研究及纳入数据统计的患者共115例。对照组57例，男32例，女25例；平均(70.11±8.32)岁；病史情况合并有高血压病史39例，2型糖尿病18例，高脂血症24例。观察组58例，男32例，女26例；平均(69.60±8.12)岁；病史情况合并有高血压病史42例，2型糖尿病17例，高脂血症22例。2组患者性别通过Pearson χ^2 检验，年龄、病史情况经过 t 检验，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。2组患者在降压类药物、降糖类药物等关键合并用药使用方面，见表1。经分层卡方检验(CMH检验)显示，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。表明研究结果不受合并用药因素影响。本研究在获得广州市越秀区中医医院医学伦理委员会审核后开展(伦理委员会批号：越中医伦理[2022]1号)。

表1 2组合并用药比较

例(%)

组别	例数	降压药物			降糖药物			
		钙离子拮抗剂	血管紧张素抑制剂	利尿剂	双胍类	α -糖苷酶抑制剂	磺酰脲类	格列奈类
对照组	57	24(42.1)	17(29.8)	5(8.8)	15(26.3)	6(10.5)	2(3.5)	2(3.5)
观察组	58	22(37.9)	18(31.0)	4(6.9)	13(22.4)	5(8.6)	1(1.7)	3(5.2)

2 治疗方法

2.1 对照组 给予现代医学常规疗法治疗。阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司，国药准字J20171021，规格：100 mg/片)，每次100 mg，每天1次。阿托伐他汀钙片(乐普制药科技有限公司，国药准字H20133127，规格：20 mg/片)，每次20 mg，每晚1次；单硝酸异山梨酯片(鲁南贝特制药有限公司，国药准字H10940039，规格：20 mg/片)，每次20 mg，每天2次；琥珀酸美托洛尔缓释片(阿斯利康制药有限公司，国药准字J20150044，规格：47.5 mg/片)，每次47.5 mg，每天1次。治疗期间若心绞痛发作，可舌下含服硝酸甘油片(北京益民药业有限公司，国药准字H11021022，规格：0.5 mg/片)0.5 mg。

2.2 观察组 在对照组治疗方案的基础上予益气活血化痰汤治疗。处方：五指毛桃50 g，红芪10 g，茯苓30 g，代赭石30 g，法半夏10 g，陈皮10 g，五味子

10 g，酸枣仁15 g，炒山楂10 g，赤芍15 g。随证加减：若气虚严重，加党参15 g，白术15 g；若血瘀严重，加桃仁10 g，丹参15 g，三七10 g；若痰浊严重，加瓜蒌仁15 g，薤白10 g，枳壳15 g。每天1剂，由广州市越秀区中医医院中药房统一煎制，每次口服150 mL，每天2次。每周复诊1次以调整用药。

2组疗程均为6周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 分别于治疗前及治疗后6周后观察比较中医证候积分、健康调查量表(SF-36)、西雅图心绞痛量表(SAQ)、心电图、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平并进行临床疗效评定。
①中医证候评分。参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]中胸痹气虚血瘀证及痰阻心脉证症状量化分级标准进行评价。主症(胸闷、胸痛)按0、2、4、6分计分，次症(心悸、气短、痰多、面色紫暗、

乏力)按0、1、2、3分计分,积分越高,提示临床症状越严重。②健康调查量表(SF-36)^[10]评分。采用SF-36评估患者的生活质量,该量表9个维度(36个条目),各个维度评分通过公式换算,换算得分=(实际得分-该方面的可能的最低分)/(该方面的可能的最高得分-该方面的可能的最低分)×100,评分越高表明患者生活质量越好。经课题专家小组会议,充分讨论各个维度在不同健康状况下的重要性,结合人群特点,共同协商确定生理功能(PF)权重为0.18,生理职能(RP)权重为0.12,躯体疼痛(BP)权重为0.11,一般健康状况(GH)权重为0.12,活力(VT)权重为0.12,社会功能(SF)权重为0.1,情感职能(RE)权重为0.1,精神健康(MH)权重为0.12,健康变化(HT)权重为0.03, SF-36加权总分=wPF×PF+wRP×RP+wBP×BP+wGH×GH+wVT×VT+wSF×SF+wRE×RE+wMH×MH+wHT×HT。③西雅图心绞痛量表(SAQ)^[11]评分。包括躯体活动受限程度(PL)、心绞痛稳定状态(AS)、心绞痛发作情况(AF)、治疗满意程度(TS)、疾病认识程度(DP)共5个维度(19个条目),各项评分后再将得分按如下公式转化成标准积分,标准积分=(实际得分-该方面最低得分)/(该方面最高得分-该方面最低得分)×100,5个维度的标准得分范围为0~100分。评分越高,提示身体活动能力越强,心绞痛症状控制得越好,生活质量越高,对治疗效果更满意。④硝酸甘油使用积分。将硝酸甘油使用频率量化分级为积分5、4、3、2、1、0分进行评价,具体如下:每天使用次数≥4次为5分,每天使用次数1~3次为4分,每周使用次数≥3次为3分,每周使用次数1~2次为2分,每周使用次数<1次为1分,停用为0分。按如下公式转化成标准积分,标准积分=(实际得分-该方面最低得分)/(该方面最高得分-该方最低得分)×100,积分越高,提示心绞痛发作越频繁,硝酸甘油使用频率越高,生活质量越差。⑤心电图。于治疗前及治疗6周后采用动态心电图进行检查,心电图参数包括ST-T压低幅度变化及持续时间、ST-T变化导联范围。评分标准,见表2。各项相加总评分≥3分且<4分为轻度改善,4~5分为中度改善,≥6分判定为明显改善。⑥血浆中TG、TC、HDL-C、LDL-C。由门急诊综合治疗区指定经过培训合格的护士采集患者治疗前及治疗6周后的清晨空腹肘静脉血液样本,离心(离心半径20 cm,离心

速度3 000 r/min,离心15 min)处理后提取上层血清,采用酶学法中的GPO-PAP法检测TG, CHOD-PAP法检测TC,直接法-选择抑制法检测HDL-C,直接法-表面活性剂清除法检测LDL-C。⑦主要不良心血管事件发生率。主要不良心血管事件包括心血管死亡、非致命性心肌梗死、冠状动脉血管成形术及因不稳定型心绞痛导致的再入院治疗。

表2 心电图ST-T变化建立三维度评分系统(每项1~3分)

维度	评分标准		
	1分	2分	3分
幅度变化	回抬0.05~0.1 mV	回抬0.11~0.2 mV	回抬>0.2 mV
持续时间	缩短10%~30%	缩短31%~60%	缩短>60%
导联范围	减少1~2个导联	减少3~4导联	减少≥5导联

3.2 统计学方法 采用SPSS27.0统计学软件构建数据库并对相关数据进行统计分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验。计数资料以百分比(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 以中医证候积分的减分率、SF-36及SAQ评分为标准评定疗效。采用尼莫地平法计算中医证候积分减少率及硝酸甘油使用积分减少率,中医证候积分减少率=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分×100%;硝酸甘油使用积分减少率=(治疗前硝酸甘油使用积分-治疗后硝酸甘油使用积分)/治疗前硝酸甘油使用积分×100%。治疗6周评价疗效。临床治愈:症状体征基本消失,中医证候积分减少率≥95%及硝酸甘油使用积分减少率≥95%,治疗后SF-36及SAQ评分≥各项目总分的95%;显效:症状体征明显改善,70%≤中医证候积分减少率<95%及70%≤硝酸甘油使用积分减少率<95%,各项目总分的70%≤治疗后SF-36及SAQ评分<各项目总分的95%或较治疗前提高70%;有效:症状体征有所减轻,30%≤中医证候积分减少率<70%及30%≤硝酸甘油使用积分减少率<70%,各项目总分的30%≤治疗后SF-36及SAQ评分<各项目总分的70%或较治疗前提高30%;无效:症状体征无缓解或加重,中医证候积分减少率<30%及硝酸甘油使用积分减少率<30%,治疗后SF-36及SAQ

评分<各项目总分的30%，较治疗前无提高或减少。

4.2 2组治疗前后中医证候积分比较 见表3。治疗前，2组中医证候积分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组中医证候积分均较治疗前降低，观察组中医证候积分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$) 分					
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
观察组	58	13.14±2.45	5.14±2.06	25.634	<0.001
对照组	57	12.82±2.28	8.07±2.38	19.772	<0.001
t 值		0.709	-7.071		
P 值		0.480	<0.001		

4.3 2组治疗前后SF-36评分比较 见表4。治疗前，2组SF-36评分比较，差异均无统计学意义($P>$

0.05)。治疗后，2组SF-36评分均较治疗前升高，观察组SF-36评分高于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后SF-36评分比较($\bar{x}\pm s$) 分					
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
观察组	58	47.52±19.06	70.63±14.41	-17.273	<0.001
对照组	57	45.74±19.02	58.12±16.58	-13.228	<0.001
t 值		0.501	4.319		
P 值		0.617	<0.001		

4.4 2组治疗前后SAQ评分比较 见表5。治疗前，2组SAQ各项评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组SAQ各项评分均较治疗前升高，且观察组SAQ各项评分均高于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表5 2组治疗前后SAQ评分比较($\bar{x}\pm s$) 分							
组别	时间	例数	PL评分	AS评分	AF评分	TS评分	DP评分
观察组	治疗前	58	40.27±14.67	31.03±14.29	51.38±17.32	54.46±12.92	41.52±13.92
	治疗后	58	57.62±11.23 ^{①②}	82.76±11.67 ^{①②}	81.03±12.38 ^{①②}	76.57±10.00 ^{①②}	68.24±11.09 ^{①②}
对照组	治疗前	57	42.42±15.47	30.26±14.74	52.81±18.88	51.08±12.19	39.62±13.01
	治疗后	57	49.43±14.46 ^①	74.12±9.41 ^①	70.70±14.38 ^①	65.22±9.96 ^①	53.80±12.10 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；②与对照组治疗后比较， $P<0.05$ 。

4.5 2组治疗前后硝酸甘油使用标准积分比较 见表6。治疗前，2组硝酸甘油使用标准积分比较，差异均有统计学意义($P>0.05$)。治疗后，硝酸甘油使用标准积分明显下降，且观察组硝酸甘油使用标准积分低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表6 2组治疗前后硝酸甘油使用标准积分比较($\bar{x}\pm s$) 分					
组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
观察组	58	42.76±20.33	16.55±11.93	13.233	<0.001
对照组	57	40.35±21.21	25.61±13.50	7.723	<0.001
t 值		0.622	-3.817		
P 值		0.536	<0.001		

4.6 2组心电图ST-T变化比较 见表7。治疗后，心电图ST-T总改善率观察组77.6%(45/58)，对照组28.1%(16/57)，2组比较，差异有统计学意义($P<0.01$)。

4.7 2组治疗前后血浆中TG、TC、HDL-C、LDL-C比较 见表8。治疗前，2组TG、TC、HDL-C及LDL-C水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。

治疗后，2组TG、TC及LDL-C水平均较治疗前降低，且观察组TG、TC及LDL-C水平均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后，2组HDL-C水平分别与治疗前比较，2组间比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。

4.8 2组临床疗效比较 见表9。治疗后，临床疗效总有效率观察组94.8%(55/58)，对照组71.9%(41/57)，差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.9 2组主要不良心血管事件发生率比较 对照组出现7例次因不稳定型心绞痛再入院病例，占11.7%；而观察组仅发生1例次，占1.7%，2组主要心血管不良事件均以不稳定型心绞痛再入院为主要

表7 2组心电图ST-T变化比较 例					
组别	例数	明显改善	中度改善	轻度改善	无变化或恶化
观察组	58	1	5	39	13
对照组	57	0	5	11	41
χ^2 值					28.299
P 值					<0.001

表8 2组治疗前后血浆TG、TC、HDL-C、LDL-C比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	TG	TC	HDL-C	LDL-C
观察组	治疗前	58	1.87 ± 0.94	4.59 ± 0.84	1.22 ± 0.37	3.03 ± 0.88
	治疗后	58	1.20 ± 0.40 ^{①②}	3.33 ± 0.56 ^{①②}	1.26 ± 0.33	1.90 ± 0.54 ^{①②}
对照组	治疗前	57	1.63 ± 0.74	4.47 ± 0.93	1.31 ± 0.40	2.89 ± 0.99
	治疗后	57	1.51 ± 0.70	4.02 ± 0.87 ^①	1.27 ± 0.35	2.49 ± 0.90 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与对照组治疗后比较， $P < 0.05$ 。

表9 2组临床疗效比较

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
观察组	58	0	17	38	3	55(94.8)
对照组	57	0	2	39	16	41(71.9)
χ^2 值						9.331
P 值						0.002

表现，2组患者均无发生急性心肌梗死、心力衰竭及恶性心律失常等不良事件。2组主要心血管不良事件发生率比较， $\chi^2=4.950$ ， $P=0.026$ ，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

稳定型冠心病表现为稳定型心绞痛，以胸痛、胸闷为主要特征^[12-13]。患者如果未能进行及时的规范化治疗，伴随着病程进展，心绞痛发作频率逐渐增加，严重影响患者生活质量，且有发生急性心肌梗死、心力衰竭或心源性猝死的风险，是危害人类健康的常见病。近年来，随机对照试验(RCT)和Meta分析研究表明，中医药联用西医常规疗法更有明显的临床疗效^[14]；且普遍采用SAQ、SF-36评价冠心病心绞痛患者的生活质量^[15]。

稳定型冠心病属中医学胸痹、心痛范畴。临床以胸骨后或左胸部发作性憋闷、疼痛为主要表现；通常在过度劳累、进食过多、天气寒冷或情绪激动等情况下出现，轻者偶发短暂的胸部憋闷或隐痛，重者胸痛剧烈，经常伴随心悸、气短，甚则喘促、痰多、面色苍白、大汗等^[16]。丁邦晗教授等^[1,3]对375例胸痹心痛患者进行证候分型和冠状动脉造影检查，结果提示胸痹心痛患者，冠脉不同病变支不同病变程度的证型分布不同，主要的相关证型是血瘀证和痰浊证；通过聚类分析、定量分析冠状动脉造影结果与各证型的关系，最密切相关的证型是血瘀证，其次是气虚证；又以“冠状动脉狭窄”为因变量进行的二值多元Logistic回归分析表明，胸痹心痛的危险证型依次为血瘀证、痰浊证、气虚证。综合

上述研究结果，丁邦晗教授认为，胸痹心痛的核心病机是气虚痰瘀互结，气虚、痰浊、瘀血互相错杂为患，导致本病迁延难愈、反复发作。

脾胃是气血生化之源，是多气多血之脏，若中焦失运则水谷精微不化，导致气虚推动无力；气不布津则水湿停聚成痰，气不行血则血滞为瘀形成痰瘀互结的病理状态。痰浊属阴邪易阻气机，瘀血阻滞脉络，二者相互胶结可致胸痹心痛。针对胸痹心痛“气虚痰瘀互结”的核心病机，丁邦晗教授在治疗上重视后天之本，以调治心、脾为主，以健脾益气、活血化瘀为治法，创制益气活血化痰汤。方中以五指毛桃、红芪为君药，五指毛桃具有益气补虚、健脾化湿、舒筋活络等功效，扶正而不碍邪，补气而不助火，补而不滞，兼有化湿行气之效；红芪具有补脾益气、扶正固本、升阳举陷、利水消肿、行滞通痹等功效；五指毛桃、红芪合用健脾补气之效更佳。痰浊、瘀血多属阴邪，最易阻滞和损伤阳气，故臣以赤芍、山楂活血化瘀，代赭石下气降痰、祛瘀生新，与红芪形成升降配伍，符合“脾升胃降”的生理特性，可恢复中焦气机枢纽功能；半夏、陈皮以化痰，开提郁滞以升其气，化解痰瘀而通阴阳，茯苓以健脾利水、宁心安神。佐以五味子、酸枣仁以收敛养心。全方共奏健脾益气、活血化瘀兼收敛养心作用，起到扶正祛邪、标本并治、通补兼施之功效。

现代药理学研究证明，五指毛桃主要化学成分为香豆素类、氨基酸类、挥发油类、糖类等，具有抗炎、提高免疫力、护肝、抗氧化、保护胃黏膜及改善微循环等药理作用，对心脏缺血缺氧具有保护作用，并能提高其耐缺氧能力，且具有良好的生物安全性^[17-18]；红芪活性成分多样，可以促进机体免疫功能和生活质量的提高，并对糖尿病心肌病、急性心肌梗死和脓毒症心肌病等心肌损伤具有保护作用^[19-20]。研究表明，益气活血中药可以调控炎症信号

通路抑制炎症因子表达,减轻斑块炎症反应,改善脂质代谢异常,改善心肌纤维化,发挥抗动脉粥样硬化作用^[21-23]。

在本研究中,针对稳定型冠心病的中医核心病机,以益气活血化痰法为着力点,采用益气活血化痰汤,促使胃主受纳、脾主运化功能正常,使中土健运正常,生化之源不竭,心气充足,心血周流不息。本研究结果显示,观察组临床疗效总有效率、SF-36及SAQ均高于对照组,中医证候积分低于对照组,表明加用益气活血化痰汤可更好地缓解症状,改善生存质量,提高临床疗效。观察组患者胸闷胸痛、心悸、痰多、气短乏力等症状得到改善,中医证候积分明显下降,SF-36及SAQ各项评分均升高,活动能力提高,心绞痛发生频率及硝酸甘油使用次数明显减少,表明益气活血化痰汤可以明显改善患者的生活质量;观察组在TG、TC、LDL-C下降及心电图ST-T改善等方面均优于对照组,减少不稳定性心绞痛、急性心肌梗死、心力衰竭及恶性心律失常等主要不良心血管事件发生率,提示益气活血化痰汤可以改善冠脉血供和降低心肌耗氧,调节血脂水平。

综上所述,基于稳定型冠心病的中医核心病机,益气活血化痰汤治疗稳定型冠心病气虚痰瘀互结证疗效确切,有助于降低中医证候积分,改善患者生活质量,改善冠脉血供和降低心肌耗氧,调节血脂水平,减少主要不良心血管事件发生率,充分发挥中医药简、验、廉、便的优点。

[参考文献]

- [1] 丁邦晗,马长生,张敏州,等.胸痹心痛患者375例的冠脉病变程度及证型分析[J].中医药学刊,2004,22(6):1096-1097.
- [2] 丁邦晗,张敏州,陈伯钧.冠心病辨证分型客观化研究进展[J].实用中医药杂志,2004,20(6):342-343.
- [3] 丁邦晗,吕强,张敏州,等.胸痹心痛的中医危险证型-附375例聚类分析[J].中国中医急症,2004,13(5):298,300.
- [4] 丁邦晗,刘涛,罗翌,等.胸痹心痛危险证型的回归分析[J].中国中医急症,2004,13(4):225-226.
- [5] 丁邦晗,杨敏,周珂,等.胸痹心痛患者心电图改变与中医证型的关系[J].中国中西医结合急救杂志,2008,15(1):31-33.
- [6] 丁邦晗,严夏,林晓忠,等.血脂异常与胸痹心痛基本证型的相

- 关性分析——365例病例资料Logistic回归分析结果[J].辽宁中医杂志,2006,33(10):1261-1262.
- [7] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.稳定性冠心病基层诊疗指南(2020年)[J].中华全科医师杂志,2021,20(3):265-273.
 - [8] 中华中医药学会心血管病分会.冠心病稳定型心绞痛中医诊疗指南[J].中医杂志,2019,60(21):1880-1890.
 - [9] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:132-134.
 - [10] 李鲁,王红妹,沈毅.SF-36健康调查量表中文版的研制及其性能测试[J].中华预防医学杂志,2002,36(2):38-42.
 - [11] 饶中和,袁志敏.一种新的估测冠心病患者机体功能状态的调查表[J].国外医学(老年医学分册),1996,17(1):14-16.
 - [12] 杨跃进,华伟.阜外心血管内科手册[M].北京:人民卫生出版社,2006.
 - [13] 葛均波,徐永健.内科学[M].8版.北京:人民卫生出版社,2014.
 - [14] 季昭臣,胡海殷,杨丰文,等.益气活血类中成药治疗冠心病心绞痛的网状Meta分析[J].中国中药杂志,2019,44(9):1927-1937.
 - [15] 闫丹丹,梁如,邓兵,等.冠心病稳定性心绞痛痰瘀互结证西雅图心绞痛量表评价研究[J].中国中医基础医学杂志,2019,25(5):630-633,651.
 - [16] 张伯礼,薛博瑜.中医内科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2012.
 - [17] 黄溥玮,卢健棋,林浩,等.中药五指毛桃的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2020,22(12):93-96.
 - [18] 曾茂贵,叶华,陈学习,等.五指毛桃水提液对小鼠心、脑缺氧缺血的保护与耐缺氧能力的影响[J].福建中医药,2009,40(1):49-50.
 - [19] 燕羽婷,李昕蓉,李岩,等.补益药红芪免疫调节作用机制研究进展[J].中草药,2024,55(16):5656-5668.
 - [20] 张玲,孙媛,高春华,等.红芪多糖对脂多糖诱导小鼠脓毒症心肌病的保护作用[J].中成药,2022,44(11):3488-3492.
 - [21] 吴鸿,王新洲,高水波,等.益气活血方对内毒素诱导内皮细胞炎症反应的干预作用[J].中国中西医结合杂志,2019,39(2):200-205.
 - [22] 张会超,韩丽华,王振涛,等.益气活血方对心梗后左室重构大鼠心肌基质金属蛋白酶-2、转化生长因子- β 1的影响[J].中成药,2010,32(11):1871-1874.
 - [23] 彭伟军,邢之华,廖翔,等.益气活血法对冠心病稳定型心绞痛气虚血瘀证患者血清IL-6、TNF- α 及ICAM-1的影响[J].湖南中医药大学学报,2011,31(7):49-51.

[责任编辑:刘淑婷,蒋维超(英文)]